Über
einen seltenen Fall
von
multipler symmetrischer Lipomatose
von

Dr. med. August Meyer

aus

Rothenburg o/Tauber.

Rothenburg o/Tbr.
Druck der J. P. Peter'schen Buchdruckerei.
1893.

Seinen lieben Eltern

als

Zeichen seiner Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535711_0048

Bekanntlich findet sich im Körper schon unter normalen Verhältnissen mehr oder minder reichlich abgelagertes Fett. Gewisse Körperstellen, namentlich das subkutane und suberöse Gewebe enthalten konstant verhältnissmässig reichlich Fett, das sich allmählig, sei es durch Erhöhung der Zufuhr, sei es durch Verminderung des Verbrauches, aufgestapelt hat. Hat diese Fettansammlung an einzelnen Stellen einen ungewöhnlich hohen Grad erreicht, so bezeichnen wir sie als Lipomatosis.

Diese umschriebene Lipomatosis dürfen wir nicht verwechseln mit der sog. allgemeinen Fettsucht oder Fettleibigkeit (Polysarcie). Bei letzterer wird reichlich Fett abgelagert im subkutanen Bindegewebe, im Netz, in der Nierenkapsel und besonders häufig auch am Herzen (Fettherz), bei der umschriebenen Lipomatose jedoch finden wir Anhäufungen von Fett an einzelnen lokalisirten Körperstellen, völlig unabhängig von dem allgemeinen Ernährungszustand des davon befallenen Individuums, ganz wie bei Lipombildungen überhaupt. Doch unterscheidet sich immerhin diese Art der Lipomatose durch ihr mehr diffuses Auftreten von den echten Fettgeschwülsten, (den echten Lipomen).

Einen interessanten Beitrag zur Kenntniss von dem Vorkommen eigenthümlicher multipler symmetrischer Fettgeschwulstbildungen dürfte der Fall bieten, den ich im Folgenden mir mitzutheilen erlaube. Bevor ich jedoch näher darauf eingehe, sei es mir gestattet, das Ergebniss der Forschungen verschiedener Autoren anzuführen in Bezug auf solitäre und multiple Lipombildungen.

Grosch bemühte sich namentlich der Aethiologie der Lipome näher zu treten, sowie einzelne Fragen zu beantworten, welche sich auf die Ausbreitungsweise, die genetischen und anatomischen Beziehungen einiger seltenerer Lipome zu den benachbarten Gewebselementen beziehen.

Nach ihm ist die hintere Fläche des Rumpfes in ihrer ganzen Ausdehnung vom Nacken bis hinab zum Gesässe am häufigsten mit Lipomen belastet, während die vordere Fläche des Rumpfes sich an der Geschwulstbildung in viel geringerem Grade betheiligt.

Am Kopfe sind Lipome ziemlich selten, häufiger im Gesicht, als im Bereiche der behaarten Kopfschwarte, welch' letztere hinsichtlich ihrer sehr geringen Neigung zur Lipombildung in einem auffallenden Gegensatze zur angrenzenden Nackengegend steht. Die unteren Extremitäten zeigen eine geringere Disposition als die oberen, die im Bereiche der Schulter nahezu die gleiche Anlage wie die Rückenfläche des Rumpfes aufweisen. Doch ist an sämmtlichen Extremitäten die Ausbreitungsweise dieselbe, indem sich von der Schulter, bezw. dem Gesässe beginnend, in der Richtung nach abwärts die Geschwulstbildung stetig vermindert, um an der Hohlhand, besonders jedoch an der Fusssohle die niedrigste Stufe der Häufigkeit zu erreichen.

Diese Gesetzmässigkeit findet sich nicht nur bei den solitären, sondern auch bei den multiplen diffusen Lipombildungen.

Die Lokalisation des Lipoms befindet sich in einem ganz bestimmten Abhängigkeitsverhältnisse von der Ausbreitung der in das Gewebe der Haut eingebetteten Drüsenorgane, der Talg- und Schweissdrüsen, und zwar steht die Disposition zur Lipombildung in einem umgekehrten Verhältniss zum Drüsenreichthum der verschiedenen Hautgebiete.

Die Begründung dieses wichtigen Gesetzes sucht Grosch in folgenden Auseinandersetzungen:

Mit grösster Wahrscheinlichkeit ist die Drüsensekretion auf die Anordnung des gesammten Panniculus adipos. von Bedeutung. Bei vorhandener Disposition zur Fettleibigkeit

wird die Massenzunahme des Panniculus jedenfalls an denjenigen Stellen stärker sein, wo weniger Fett auf dem Wege der Sekretion an die Hautoberfläche abgeführt wird, als an den drüsenreichen Partien, die einen grösseren Theil des mit dem Blute zugeführten Fettes für sich beanspruchen.

Diesen physiologischen Voraussetzungen entspricht denn auch die Vertheilung des Panniculus bei Fettsüchtigen, gerade so, wie die Lokalisation der Lipome der Anordnung des Fettpolsters bei der Obesitas entspricht.

Die Obesitas und die Lipombildung stellen pathologische Erscheinungen dar, die sich zwar nach der formalen Seite von einander unterscheiden, ihrem Wesen nach jedoch vollkommen identisch sind.

Die Lipombildung bei sonst fettarmen Leuten kann man namentlich wegen der ausgesprochenen Symmetrie als Symptome einer centralen „Trophoneurose“ der Haut betrachten. Diese centrale Störung müsste dann im Sinne einer Sekretverminderung wirken.

Im Anschluss an diese interessanten physiolog. Erörterungen führt G r o s c h einige seltenere Fälle von Lipombildungen an, die wir hier ihrer Eigenartigkeit wegen folgen lassen:

1. Lipom der Schädeldecken, (nach 3 auf der Dorpater Klinik beobachteten und 21 aus der Literatur bekannten Lipomen der Stirngegend, 5 der Scheitelgegend, 4 der Hinterhauptgegend, 3 der Schläfegegend). Charakteristisch für das Schädeldeckenlipom ist die halbkugelige Vorwölbung mit gewöhnlich breiter Basis. Die Hautdecke ist von der anderer Lipome nicht verschieden, die Oberfläche zeigt kein lappiges Gefüge.

Die Wachsthumsverhältnisse sind denen der gewöhnlichen Lipome analog. Bezüglich der Lokalisation ist die Stirne bevorzugt. Die Kopflipome zeigen subaponeurotische bezw. submuskuläre Lage. Die Fälle von Kopf-Lipom betreffen 18 Männer und nur 11 Frauen; bezüglich der Aetiologie werden in 3 Fällen die Neubildungen auf vorausgegangene Traumen zurückgeführt. Nur in einem Falle zeigte sich Erblichkeit.

2. Das volare Hand- und Fingerlipom. Diese Lipome sind noch seltener, als die Kopflipome. Sie können leicht mit Sehnenscheidenhygromen verwechselt werden.

Differential-diagnostischer Unterschied: Das volare Handlipom entwickelt sich fast stets unter der fascia palm., das Hygrom präsentirt sich von vornherein als eine aus 2 Abschnitten zusammengesetzte Geschwulst (volare und antibrachiale Partie). Soweit Grosch! —

Veranlasst durch die eben erwähnten umfangreichen Studien beschreibt Stoll (Tübingen) 139 Fälle von Lipomen, die 1851—1889 in der Tübinger Klinik beobachtet wurden.

Davon sind 133 solitäre — 6 multiple Lipome. 75 Pat. waren weibl., 64 männl. Geschlechts. In mehr als der Hälfte der Fälle kommt die Entstehung der Geschwülste auf die Zeit vom 20.—40. Lebensjahr.

Stoll konstatirte, dass die Entstehung von Fettgeschwülsten durchaus nicht an die reichliche Entwicklung des Fettgewebes an den übrigen Körperstellen gebunden ist.

Nach seinen Beobachtungen hatten die Lipome am häufigsten ihren Sitz an den Schultern, an der Brust, am Nacken, Rücken, Oberarm und Oberschenkel. Weniger häufig am Gesäss, im Gesicht und am Halse.

Eine Anzahl von Lipomen fiel durch ihren seltenen Standort auf: behaarter Kopf, Stirn, Wange, Augenlider, Kniekehle.

Die überwiegende Mehrzahl der von Grosch und Stoll angeführten und beobachteten Fälle von Fettgeschwulstbildungen beziehen sich auf vereinzelte solitäre Lipome.

Eine etwas nähere Beziehung zu dem von uns später mitzutheilenden Fall haben vielleicht die Beobachtungen von Curschmann.

Curschmann (medz. Gesellschaft Leipzig 1889) bespricht eine Erkrankungsform, bei welcher nicht einzelne lipomatöse Neubildungen in's Auge fallen, sondern vielmehr sich eigenthümliche Veränderungen des Unterhautfettgewebes und zugleich Atrophieen einzelner Muskel und Muskelgruppen entwickelten.

In 3 Fällen beobachtete C. diese Erkrankungsform und benennt dieselbe als „Lipomatosis perimuscularis circumscripta“.

„Alle 3 Kranke waren Männer zwischen 40 und 50 Jahren, bei denen das Leiden ganz allmählig sich entwickelte. Dasselbe bestand in einer Hyperplasie des Unterhautfettgewebes und zwar in allen 3 Fällen nur der Gegend des Nackens, des Rumpfes und der oberen Extremitäten.

Das Fettgewebe war nicht etwa in diffuser Weise verdickt oder an einer oder mehreren Stellen tumorartig angehäuft, sondern es waren theils die einzelnen Muskeln theils zusammenhängende Muskelgruppen genau in den Grenzen ihrer Ausdehnung und ihrer Form von dem abnorm stark entwickelten Fettgewebe überdeckt und umhüllt, so dass daraus bei oberflächlicher Besichtigung des Körpers der Anschein einer übermässig starken Entwicklung der Muskulatur sich ergeben konnte.

Aber abgesehen davon, dass die Betastung die Fettgewebsnatur dieser Anschwellungen ergab, fiel auch schon bei näherer Besichtigung auf, dass die Contouren der scheinbar hyperplastischen Muskeln weicher und unbestimmter waren.

Die Kranken boten einen eigenthümlichen Anblick. Bei oft blasser Hautfarbe, magerem Gesicht, dünnen Beinen mit trockener faltiger Haut, zeigten sie einen förmlichen Stiernacken und mächtigen Umfang von Rumpf und Armen.

Alle 3 Kranken boten Störungen in einzelnen von Fett umwucherten Muskelgebieten. Nur bei einem derselben wurden sie genauer klinisch und mikroskopisch (Probeexcision) untersucht. Ueber den gelähmten resp. paretischen Muskelpartien zeigte sich das früher hyperplastische Fettgewebe wieder vermindert oder geschwunden, so dass die Muskeln als schlaffe atrophische Stränge erschienen.

Fibrilläre Zuckungen wurden an denselben nie beobachtet, elektrisch zeigte sich — was für die klinische Auffassung besonders wichtig — niemals Entartungsreaktion.

Bei der Probeexcision hatte man den Eindruck, wie wenn das Fettgewebe bei verdünnter bezw. geschwundener

Fascie dem Muskel direkt aufsässe. Die Muskelfasern waren nicht wesentlich verändert, das interstitielle Bindegewebe fettig infiltrirt". —

Aehnliche Fälle beobachtete auch Bahrdt; bei ihnen ging allgemeine Lipomatose voraus. —

Bedeutend näher dem von uns zu erörternden Krankheitsbilde kommen aber Sprengel in seinem Berichte über ein Lipoma symmetr. multiplex und noch mehr Ehrmann in den von ihm veröffentlichten Fällen von multiplen symmetr. Lipomen. Hier finden wir zum ersten mal die Symmetrie und das vielseitige Auftreten von Lipomen an ein und demselben Individuum betont.

Wollen wir zunächst dem von Sprengel mitgetheilten äusserst seltenen, von ihm selbst als Unicum bezeichneten Falle, unsere Aufmerksamkeit schenken:

Ein 10jähriges, hereditär phtisisch belastetes Mädchen litt seit 2 Jahren an chronisch rheumat. Affektionen verschiedener Gelenke. Eine zu derselben Zeit aufgetretene rasch zunehmende, schmerzhafte Schwellung der Fussgelenkgegend beiderseits wurde auf den gleichen Krankheitsprozess bezogen.

Die Untersuchung ergab ein leidlich genährtes blasses Kind. In der Gegend der Fussgelenke beiderseits findet man entsprechend den Sehnen der Peronaei und Extensores dig. comm. long. länglich geformte Anschwellungen. Kein Schmerz auf Druck, keine Crepitation, keine Fluktuation. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf ein Hygrom der Sehnenscheiden mit reichlichen Fibrineinlagerungen gestellt.

Gipsverbände und Massage brachten keine Wirkung hervor. Deshalb wurden die Sehnenscheiden durch einen Schnitt freigelegt. Nach Spaltung der Peronaealscheide präsentirte sich ein Lipom, welches dieselbe vollkommen ausfüllte, nach oben bis an den Beginn der Muskelsubstanz des Per. brevis, nach unten bis an die Insertion des genannten Muskels an die Tub. oss. metat. V. reichte Die Geschwulst wurde ohne Schwierigkeit exstirpirt.

Völlig analoge Verhältnisse fanden sich an den Sehnenscheiden des Ext. dig. comm long., sowie an den Scheiden

der entsprechenden Sehnen links, an denen die gleiche Operation vorgenommen wurde.

Noch regeres Interesse für unseren Fall bieten, wie schon bemerkt, Ehrmanns Beobachtungen. Dieselben betreffen 5 Fälle:

1. 31jähriger Mann. Unter der Haut der Ober- und Vorderarme, des Bauches, des Rückens, der Sacralgegend, der Oberschenkel erbsen- kastaniengrosse Lipome, von denen einzelne eine genaue symmetrische Anordnung zeigten.

2. 53jähriger Mann. Symmetr. gelagerte grosse Lipome im Nacken und in den beiden fossae supraclaviculares. Riesige Fettentwicklung an den oberen Theilen der Streckseiten der Oberarme.

3. 28jähriger Mann. An beiden Vorder- und Oberarmen, sowie an beiden Oberschenkeln vielfache symmetrisch gelagerte Lipome.

4. 15jähriges Mädchen. Am Nacken beiderseits, in der Mitte confluirend und allmählig in die Umgebung übergehend, annähernd symmetrisch über mannsfaustgrosse, subkutane, leicht verschiebliche Lipomknoten.

5. 64jähriger Mann. Grosse symmetr. Lipome am Hals, Nacken, Schulter, Mammä und Oberarmen.

In den von Ehrmann beobachteten und von ihm der Literatur entnommenen Fällen kamen auf 19 Männer nur 8 Frauen.

Die meisten Patienten standen zur Zeit der Beobachtung in dem Alter von 30 und 40 Jahren.

Meist entwickelten sich die Lipome ziemlich langsam von kleinen Anfängen bis zu mässigen Dimensionen. Manchmal jedoch soll das Wachsthum der symmetr. Lipome ein sehr rapides gewesen sein.

Anatomisch zeigten sich die Lipome diffus oder circumscript. Die meisten hatten ihren Sitz im Unterhautfettgewebe; ausser dem Nacken waren namentlich die Extremitäten sehr häufig ergriffen.

Zum Schlusse erwähnt Ehrmann die schon angeführte Lehre Grosch's bezüglich der Lokalisation der Lipome

und ihres Zusammenhanges mit dem mehr oder minder grossen Drüsenreichthum der Haut.

Eine äusserst interessante Krankheitsform, die unserem Falle sehr nahe kommt, finden wir in Langenbecks Archiv für kl. Chirurgie von Madelung beschrieben. M. betitelt sie Fetthals- oder diffuses Lipom des Halses.

Mögen Madelungs darüber gesammelte Erfahrungen hier noch Platz finden, bevor wir zu unserem spez. Falle übergehen.

3 von M. selbst beobachteten Fälle verdienen von allen unsere Aufmerksamkeit:

1. 53jähriger Mann, der am 29. Juni 1885 in die chirurg. Klinik zu Rostock aufgenommen wurde zur Behandlung eines Carcinoms der rechten Zungenfläche und der benachbarten Lymphdrüsen. Dabei stellte sich heraus, dass die Nackengegend des Pat. mit lipomatösen Geschwülsten behaftet war. Nirgends am Körper bestand sonst ein Lipom. Der Mann war gross, muskulös, aber entschieden mager.

Sein Vater, seine Geschwister haben nicht an Neubildungen gelitten. Er selbst war bis vor 12 Jahren gesund; er war nicht Potator. Vor 12 Jahren bemerkte er in der oberen linken Nackengegend eine Anschwellung, welche langsam, ohne Beschwerden zu erregen, zunahm. Ein Jahr später entstand an der entsprechenden rechten Seite eine Anschwellung von gleicher Beschaffenheit und einige Jahre später ebenso unter dem rechten Ohr. Beschwerden machten dieselben auch jetzt nicht. Im Winter 1883 war Pat. 9 Wochen an Pneumonie krank und magerte dabei stark ab, die Nackengeschwülste blieben jedoch unverändert. Um Weihnachten 1884 wurde das Carcinom der Zunge zuerst bemerkt und am 2. Juli exstirpirt. Am 8. Juli trat exit. let. ein an Schluckpneumonie (?).

2. 66jähriger Arbeitsmann, Tabetiker im vorgeschrittenen Stadium. Der Hals war ringförmig von Geschwulstmassen umgeben, der übrige Körper jedoch frei von Geschwülsten. Bezüglich seines Fetthalses war hereditäre Belastung nicht gegeben. Pat. hatte einigemale, das letztemal vor

40 Jahren an Ruhr gelitten; war sonst immer gesund gewesen. Er war nie besonders fett, nie Alkoholist. Bis zum 40. Jahre hatte der Hals normale Formen.

Vor ca. 20 Jahren bildete sich eine erste Geschwulst unterhalb des rechten Ohres, dann eine zweite symmetrische unter dem linken Ohre, dann entstanden die Nackengeschwülste. In den letzten Jahren haben sich die Geschwülste nicht wesentlich vergrössert. Bei Erkältungen entstanden Athembeschwerden; auch hatte er das Gefühl, als ob die Geschwülste grösser würden; dann traten leichte Schmerzen auf. Abgesehen von diesen Zeiten war Pat. Beschwerdenfrei. Vor ca. 15 Jahren meinte Pat., die Geschwülste würden plötzlich weicher; sie erlangten jedoch wieder die festere Consistenz und blieben so.

3. 59 Jahre alter Landwirth. Pat. stellte sich in der Klinik am 9. Juni 1884 zuerst vor. Bei Familienangehörigen sind Neubildungen nicht aufgetreten. Pat. war im Wesentlichen immer gesund; ist nicht Alkoholist. Im Jahre 1877 liess er sich eine Mastdarmfistel operiren. Den Beginn der Geschwulstbildung am Halse datirt er ca. 23 Jahre zurück. Er fühlte am Nacken, sowie an beiden Seiten des Halses taubeneigrosse Geschwülste, die ihm keine Beschwerden verursachten.

Die Geschwülste vergrösserten sich langsam aber stetig. Pat. war mittelgross, muskulös, nicht übermässig fett.

In der Haut der Vorderarme, auf dem Rücken, auf der Vorderseite der Brust, um die Mammillen waren eine beträchtliche Anzahl von Fettklumpen sichtbar in der Grösse von Hühnereiern. Die innern Organe waren sämmtlich gesund.

Pat. forderte Wegnahme der Nackengeschwülste und wurde am 11. Juli 1884 operirt. Die Hautlappen waren in festester Weise mit dem Fett verbunden. In die Muskelinterstitien drangen vielfach Fettklumpen ein. Nirgends war eine kapselähnliche Grenze des Fettes zu finden.

Die Wunde heilte bei geringer Sekretion p. pr. int. Am 21. Juni wurde Pat. entlassen.

Zwei Jahre später bekam Pat. hochgradige Beschwerden.

Es waren jetzt unverhältnissmässig rasch die auf der Vorderseite des Halses liegenden Fettmassen gewachsen. Die Athmung war erschwert und laut hörbar; die Stimme heiser. Häufig traten Nachts Erstickungsanfälle ein, durch die Compression der Athemwege bedingt. Am 15. Juli wurde Pat. operirt.

Dabei begegnete Madelung weder einem Isthmus noch den Seitenhörnern der Schilddrüse, so dass er sich vom Fehlen der Schilddrüse überzeugte. Die Heilung verlief glatt und am 2. August konnte Patient entlassen werden. Er blieb von Athembeschwerden frei.

Madelung bemerkt dazu folgendes: „Der Hals und die an denselben angrenzenden Theile des Rumpfes sind sehr häufig der Sitz sog. circumscripter Lipome. Ebendaselbst kommt es, wohl selten, aber im Verhältniss zu anderen Körpertheilen auffallend oft zur Neubildung diffuser Massen von Fettgewebe bei Menschen, die sonst nicht an allgemeiner Fettleibigkeit leiden".

Sämmtliche zur Beobachtung gekommenen Fälle von Fetthals betreffen Patienten männlichen Geschlechts, eine Thatsache, die wohl kaum auf Zufall beruht. Solitäre Fettgeschwülste kommen jedoch bei Frauen häufiger vor als bei Männern nach einer Statistik von Grosch, laut deren von 716 mit Lipomen behafteten Pat. 254 männlichen, 462 weibl. Geschlechtes waren.

Nach Madelungs Erfahrung kommen diffuse Lipome (mit Ausnahme derer am Halse) bei Männern und Frauen gleich häufig vor.

Von 26 Pat. gibt Madelung Angaben über die Zeit, in der die Betreffenden die ersten Anfänge des Leidens bemerkten. Wir wollen diese interessante Statistik hier folgen lassen:

6	die	Zeit	zwischen	26.	und	30.	Jahr.
3	„	„	„	31.	„	35.	„
9	„	„	„	36.	„	40.	„
5	„	„	„	41.	„	45.	„
1	„	„	„	46.	„	55.	„
2	„	„	„	56.	„	60.	„

Als frühestes Alter ist das 26. Lebensjahr in Fällen von Morris und Mac Cormac bezeichnet, als höchstes das 57. und 58. Lebensjahr in zwei Fällen von Mac Cormac und Anderson.

In 14 Fällen entwickelte sich das Leiden zwischen dem 36. und 45. Lebensjahr.

Sämmtliche Patienten, deren Stand angegeben ist, gehören der arbeitenden Klasse an.

Die Fetthalsentwicklung hat fast regelmässig mit Entstehung von Fettklumpen, die oberhalb eines oder beider proc. mastoid. hinter den Ohren sich entwickelten, begonnen.

Ein weiterer Punkt, der Aufmerksamkeit verdient, ist auch hier wieder die Symmetrie der Neubildungen. Die ältere Literatur schon — Foucher, von Perothe, H. Clutton — nennt solche Fälle kurzweg symmetrische Lipome.

Bei 21 Fällen, die Madelung aus der Literatur kennt, bestanden auch an anderen Körperstellen zahlreiche und mehrfach sehr grosse abnorme Fettanhäufungen. Besonders häufig wurden solche wieder an der Schulter, Mammillen, Bauch, Leistengegend, Rücken, sowie an den Armen (Ober- und Vorderarmen), selten an den Oberschenkeln beobachtet. Sehr häufig hat die Fettentwicklung an symmetrisch gelegenen Körperstellen stattgefunden, vor allen, wenn der Rücken und die Brustwarzengegend ergriffen waren.

Die Wachsthumsschnelligkeit war in den einzelnen Fällen eine ausserordentlich verschiedene. In manchen Fällen von beobachteten Fetthals war schon 9 Monate, 1 Jahr und $1^1/_2$ Jahr, nachdem die Pat. den Beginn bemerkt hatten, das Leiden hochgradig entwickelt, in anderen Fällen — und diese scheinen die Mehrzahl zu bilden — dauerte es 16 und 25, ja 37 Jahre, bis Beschwerden eintraten.

Oft schienen die Tumoren anzuschwellen, oft abzunehmen, oft sich zu erweichen, um dann ihre frühere Consistenz wieder anzunehmen, nie jedoch sind die Lipome vollständig verschwunden.

In Betreff der Aetiologie nun lässt uns auch Madelungs Erfahrung im Ungewissen.

Heredität scheint gar keine Rolle zu spielen. Bei Eltern und Kindern der Patienten sind niemals Lipome bemerkt worden. Auch wird keine besondere Fettleibigkeit, wie sie ja in manchen Familien, sobald eine bestimmte Altersgrenze erreicht ist, auftritt, bei Anverwandten der Patienten erwähnt.

Madelung glaubte eine Zeit lang die Ursache in Erkrankung der Schilddrüsen suchen zu dürfen. In der That ist ja bekannt, dass Erkrankungen dieses Organes, vor allem der künstlich (operativ) erzeugte Defekt, bedeutende Ernährungsstörungen sowohl an der Schädelgegend als auch in der Gesammtconstitution hervorzurufen vermag.

Madelung hat denn auch, was gewiss grosses Interesse beansprucht, bei dem von ihm operirten Fall (3) trotz Freilegung aller Gebilde an der Vorderseite des Halses, Schilddrüsengewebe nicht aufzufinden vermocht.

Er hielt es jedoch für gut, seine Ansicht wieder aufzugeben, wobei er besonders davon ausging, dass das Leiden (Fetthals) nur bei Männern auftritt, die auch nicht häufiger als Frauen den Schilddrüsenerkrankungen unterworfen sind, dass in Ländern, in denen Schilddrüsenerkrankungen fast vollständig fehlen, (wie z. B. in Mecklenburg) Fetthälse beobachtet wurden, endlich, dass bisher nie nach totalen Schilddrüsenexstirpationen hochgradige Fettentwicklung am Halse beobachtet wurde.

Andere Beobachter kamen zur Ansicht, dass bei Auftreten von multiplen Lipomen Störungen der nervösen Centralorgane im Spiele wären. Allerdings hat auch Madelung bei einem Pat. (Fall 2) schwere Erkrankung des Centralnervensystems gefunden. Doch handelte es sich hier um eine Tabes, also wohl um eine rein zufällig erworbene Complication. Derselbe Pat. gab jedoch bestimmt an, dass die Fettbildung lange Jahre, bevor die Gehstörung bemerkbar wurde, aufgetreten sei.

Thomas Blizard Curling (1849) hält die abnorme Fettablagerung ebenfalls für eine Folge der Abwesenheit der Schilddrüse. Er veröffentlichte zwei Fälle von Mangel

der Schilddrüse und symmetrischen Fettgeschwülsten zu beiden Seiten des Halses verbunden mit mangelhafter Gehirnentwicklung.

Der erste Fall betraf ein 10jähriges Mädchen. Der Körper war im Wachsthum sehr zurückgeblieben, dick, die Gliedmassen unverhältnissmässig stark und lang. Die Stirne flach, die Fontanellen noch nicht geschlossen. Das Gesicht hatte einen unangenehmen idiotischen Ausdruck. Der Mund war gross, die Zunge dick, aus dem Munde vorstehend. Zu beiden Seiten des Halses nach aussen vom m. sterno-cleidomast. befanden sich zwei ziemlich symmetrische Anschwellungen, die sich teigig und unelastisch anfühlten; ähnliche kleinere, weniger begrenzte Anschwellungen waren vorne an der Achselhöhle. Das Kind konnte sehr wenig gehen und gar nicht sprechen; es erkannte jedoch seine Eltern und zeigte Spuren von Willensäusserungen. Nicht lange nachher starb es an Erysipelas. Bei der Sektion erschienen die Anschwellungen beträchtlich kleiner, als vor der Krankheit; sie bestanden aus Fett, waren mit keiner Kapsel umgeben und hatten eine lockere Struktur. Von der Schilddrüse fand sich keine Spur.

2. Fall. Ein Mädchen, $^1/_2$ Jahr alt, von gesunden Eltern, dick, aber mit sehr deutlichem idiotischem Ausdruck. Die Zunge war gross und stand aus dem Munde hervor. An beiden Seiten des Halses lagen weiche, symmetrische, teigig anzufühlende, ovale Anschwellungen, in schräger Richtung vom Rande des trapezius nach der Mitte der clavicula. Nach 1 Monat starb das Kind. Bei der Sektion zeigte sich sehr geringe Entwicklung der vorderen Lappen des Gehirns. Von der Schilddrüse war nichts zu finden. Die Anschwellungen am Halse bestanden aus oberflächlicher Anhäufung von Fettgewebe ohne Umhüllung und mit den umliegenden Theilen locker verbunden. —

Wir haben nunmehr die Beobachtungen einer Reihe von Autoren über lipomatöse Neubildungen besprochen und wollen nun übergehen zu unserem speziellen und wie wir sehen werden, äusserst charakteristischen Fall von multipler

symmetrischer Lipomatose. Durch ausführliche Mittheilung derselben hoffe ich, die an und für sich immer noch spärliche Casuistik der multiplen symmetr. Lipombildungen in nicht werthloser Weise vermehren zu können.

Am 5. Juli 1893 wurde in die medizinische Klinik des Professor v. Stümpell zu Erlangen ein Patient aufgenommen, der bei der Anamnese folgendes angab:

Name: Drechsler Konrad, Tünchner.
Alter: 52 Jahre.
Heimat: Lichtenhof bei Nürnberg.

Patient war stets gesund und ist mit einer gesunden Frau verheiratet. Kinder sind alle gesund und normal. Vater des Pat. starb mit 56 Jahren an einem Lungenleiden, Mutter lebt noch (82 Jahre alt) und ist gesund. Eltern nicht besonders fettleibig gewesen, Kinder nicht auffallend dick. Patient bemerkte zuerst vor 4 Jahren am Nacken einen Knollen von Apfelgrösse. Er ist nicht im Stande, eine Ursache der damaligen Geschwulstbildung anzugeben (kein Trauma). Seit 3 Jahren besteht die Geschwulst am Hinterkopf. Vor 2 Jahren bemerkte er Dickenzunahme der Brust, dann des Bauches und Rückens (vor 1 Jahr), erst im Frühjahr bekam Patient derartige Tumoren auch an den Armen. Seit 6 Wochen will er Dickenzunahme der Oberschenkel verspüren. Sämmtliche Verdickungen nahmen erst allmählig an Umfang zu; es fiel Patient nur auf, dass er so dick wurde. Er hat nie grössere Beschwerden von seinem Leiden gehabt, nur in der letzten Zeit hat ihn beim Arbeiten der Knollen am Nacken und Arme genirt. Beim Hinuntersteigen einer Treppe gibt er an, habe er das Gefühl, als ob alles an ihm schwapple, als ob er etwas verliere.

Gearbeitet hat Pat. immer, er will auch nicht müder als sonst nach der Arbeit gewesen sein.

Pat. ist nicht Potator. Appetitt war immer gut. Er hatte nirgends irgend welche Schmerzen. Stuhl war regelmässig, Wasserlassen normal. Pat. kam in die Klinik nicht wegen besonderer Beschwerden, sondern um sich über die Ursache seines Leidens aufklären zu lassen.

Die Untersuchung lässt folgendes konstatiren:

An den Unterschenkeln resp. Waden ist ausser ziemlich stark ausgebildeten Varicen nichts besonders zu bemerken. Am Oberschenkel oberhalb des m. quadriceps crur. in der fossa ovalis fallen halbkugelige Vorwölbungen (ähnlich wie z. B. stark geschwollene Lymphdrüsen bei Prurigo) in's Auge.

Die Haut der Hinterbacken ist zwar fettreich, die m. glutaei jedoch schlaff und die Wölbung nicht vermehrt.

Die untere Hälfte des Bauches genau bis zum Nabel erscheint von normaler Wölbung. Nach hinten ungefähr in gleicher Höhe — zur Höhe des untersten Lendenwirbels findet sich in der ganzen Rumpfformation plötzlich ein Abschnitt. Es nimmt nemlich oberhalb der genannten Stelle der ganze Rumpfumfang mit einmal mächtig zu. Oberhalb des Nabels im Epigastricum wölbt sich ein dicker Fettwulst vor, der in der linea alba leicht eingezogen ist.

Drei Finger unterhalb der Mammillen in der Höhe des proc. xiphoid. findet sich wieder eine Einschnürung. Oberhalb wieder starke diffuse Lipomatose, die nach aussen bis zur vorderen Axillarlinie reicht.

In den beiden ersten Interkostalräumen, in der fossa supraclav. und am Halse ist das Fettpolster nur gering. An der Vorderfläche des Halses sogar auffallend wenig Fettgewebe. Haut daselbst in ganz dünnen schlaffen Falten abhebbar.

Hände und untere 2 Drittel der Vorderarme erscheinen schmächtig. Erst im oberen Drittel über dem Beginn des sup. long. und unterhalb der Ellenbeuge oberhalb des Beginns des flex. carp. rad. findet sich beiderseits eine etwa hühnereigrosse flache Fettgeschwulst (diese ist nach Angabe des Pat. erst ca. seit einer Woche vor der Untersuchung entstanden!).

Die Oberarme sind im Ganzen diffus verunstaltet. Über dem m. biceps liegen beiderseits dicke Fettwülste, besser entwickelt über den m. deltoidei. Am Rücken befinden sich beiderseits in der Lumbalgegend 2 dicke Fettwülste, die nach vorne bis zur Axillarlinie abfallen. Dann beiderseits wieder

eine tiefe Einschnürung. Oberhalb derselben wieder diffuse Lipomatose, namentlich in den Seitentheilen oberhalb der claviculae, mit einer zackigen lockeren Haut.

Am Nacken ungefähr zwischen VI. Hals- und III. Brustwirbel befindet sich ein fast zwei Faust grosser querer Fettwulst; in der Mitte beider oberer Cucullarisränder zwei kleinere taubeneigrosse Lipome.

Am Hinterkopf rechts und links vom obersten Ansatz des splenius befinden sich zwei hühnereigrosse Lipombildungen. Die m. cucull., so weit fühlbar, sind auffallend schlecht entwickelt.

Im Gesichte und der übrigen Schädelgegend ist nichts von Lipomatose vorhanden.

Die Schilddrüse ist nicht fühlbar.

Am corp. sterni ist keine Dämpfung vorhanden. Der Gesammteindruck des Pat. ist der eines kräftigen untersetzten Mannes mit gut entwickelter Muskulatur und Knochenbau. Er unterscheidet sich von einem geistig und körperlich durchaus gesunden Individuum in nichts. Der Thorax ist geradezu herkulisch entwickelt. Die Kraft ist dergestalt ungeschwächt, dass der Arm auch bei ziemlicher Gewaltsanstrengung nicht gegen den Willen des Pat. gebeugt werden kann. Ebenso wenig sind die Adduktoren des Oberarmes mit Gewalt zu überwinden.

Der Puls hat normale Frequenz, mittlere Spannung und Grösse.

Urin ohne E. spez. Gewicht 1008.

Maase: Oberarm Mitte: r. 30 cm., l. 29½ cm.
Thoraxumfang in der Höhe der Mammillen: 103 cm.
Oberschenkel Mitte: r. 42 cm., l. 41 cm.
Wadenumfang: r. 32 cm., l. 32 cm. —

Bei der Betrachtung dieses im Vorstehenden mitgetheilten seltenen Falles von multipler symmetrischer Lipomatose drängt sich uns die Überzeugung auf, als ob ein in dieser Hinsicht vollkommen abgeschlossenes Krankheitsbild bis jetzt noch nicht existirt.

Wir haben zwar versucht durch gewiss höchst belehrende Beispiele aus der Literatur, dem eigentlichen Wesen der so interessanten pathologischen Neubildungen näher zu kommen. Allein, abgesehen davon, dass alle angeführten Fälle nur in gewisser Hinsicht mit dem unsrigen übereinstimmen, bekennen auch alle namhaft gemachten Autoren, dass bezüglich der Aethiologie — trotz des so sehr berechtigten Wunsches, die Ursachen der merkwürdigen Erscheinungen kennen zu lernen — wir noch sehr im Unklaren sind.

Manch interessante Hypothese wurde aufgestellt, ohne sich dauernd als haltbar zu erweisen.

Wir haben es mit einem dem Arbeiterstande angehörigen Individuum im vorgeschrittenen Mannesalter zu thun, dessen allgemeine Gesundheitsverhältnisse durchaus normal sind. Aus seinem Vorleben ist absolut nichts zu entnehmen, was irgendwie einen Anhaltspunkt für die an ihm konstatirten Erscheinungen darböte.

Hereditäre Belastung, die, wie wir gesehen, bei Lipomatosis überhaupt keine Rolle zu spielen scheint, ist ausgeschlossen. Patient war nie Potator; kein vorausgegangenes Trauma ist nachweisbar. Auch nervöse Einflüsse sind schwerlich anzunehmen. Es verdient zwar Erwähnung, dass in Hinblick auf Madelungs Hypothese bei der Untersuchung unseres Patienten von einer Schilddrüse nichts zu fühlen war. Dennoch dürfte damit, selbst wenn Madelungs frühere Ansicht allgemeine Geltung hätte, noch lange nicht erwiesen sein, dass die Schilddrüse auch wirklich fehlt, da ja bekanntlich nicht gar zu selten ohne weitere Folgezustände eine abnorme Kleinheit oder Mangel eines Lappens oder Mangel des Isthmus vorkommt.

Es erscheint als gerathen von allen genannten Hypothesen abzusehen. Vielleicht haben wir es in unserem Falle mit einer in angeborenen biologischen Verhältnissen beruhenden Krankheitsursache, mit einer congenitalen schon embryonal bedingten abnormen Anlage des Fettgewebes zu thun.

Was die Lokalisation der Lipome betrifft, so verdient hervorgehoben zu werden, dass bei den meisten aus der

Literatur angeführten Fällen sowohl als auch bei unserem der Beginn des Leidens fast stets am Nacken zu finden war. Erst später betheiligten sich die übrigen Körpertheile in einer ziemlich konstanten Reihenfolge. Eine Verwandtschaft unseres Falles mit den Beobachtungen von Madelung über „Fetthals“ scheint mir daher sicher vorhanden zu sein.

Wir wissen, dass bei Pat. Drechsler vor 3—4 Jahren eine Geschwulst am Nacken entstand, ein Jahr später am Hinterkopfe, wieder ein Jahr später an den Mammillen etc. Seit Frühjahr betheiligten sich die Oberextremitäten, seit 6 Wochen bemerkte Pat. Zunahme der Oberschenkel und erst eine Woche vor Aufnahme in die Klinik soll sich die Fettprominenz am Vorderarm gebildet haben! Das Vorkommen der Lipomatose an den Oberschenkeln ist besonders hervorzuheben, da es nach allen bisherigen Beobachtungen entschieden als seltene Ausnahme zu bezeichnen ist.

Aus kleinen Anfängen entwickelte sich das Leiden zu seinem jetzigen ziemlich monströsen Stadium. Diese langsame aber stetige Entwicklungszunahme stimmt ebenso wie die häufig beobachtete Symmetrie der Neubildungen mit den aus der Literatur bekannten Fällen überein, so dass man beide Momente als hauptcharakteristische Merkmale unseres Leidens betrachten möchte.

Zeit der Entstehung resp. Alter des Patienten, Geschlecht, Beruf stimmen durchaus mit der oben angeführten Statistik überein.

Die geringen Beschwerden, die dem Patienten erwachsen, sind prognostisch sicherlich von guter Bedeutung. Wir haben gesehen, dass ausgenommen die Fälle von Fetthals, bei denen durch Compression der Athemwege Erstickungsgefahr drohte, wirkliche Beschwerden selten eintraten, so dass es nicht ungerechtfertigt erscheint, allen ähnlichen Krankheitsformen eine günstige Prognose zu stellen. Ferner verdient das Fehlen von allgemeiner Fettleibigkeit bei Pat. Drechsler noch hervorgehoben zu werden. Drechsler erscheint eher sogar mager, ein Befund, der ebenfalls in der Literatur häufig erscheint.

Ob unser Fall zu den Curschmann'schen Beobacht-

ungen von „perimusculärer Lipomatose“ eine Beziehung hat, erscheint mir zweifelhaft. Wenigstens konnten wir keine Beziehungen der Lipomatose zu den darunter liegenden Muskelgruppen auffinden und ebenso war die Muskelkraft des Pat. eine völlig gute, wenn auch seine Muskulatur stellenweise in der That den Eindruck einer etwas dürftigen Entwicklung machte.

In Kürze rekapitulirt präsentiren sich uns also als Hauptmerkmale des Krankheitsbildes folgende Momente:

1. Keine nachweisbare Ursache des Leidens.
2. Beginn des Leidens am Nacken.
3. Langsame aber stetige Entwicklungszunahme.
4. Auffallende Symmetrie der Neubildung.
5. Fehlen von allgemeiner Fettleibigkeit.
6. Allgemeine günstige Gesundheitsverhältnisse.
7. Keine subjective Beschwerden, und dem entsprechend keine direkte Bedrohung des Lebens.

Bezüglich der einzuschlagenden Therapie wären wohl nur operative Eingriffe von sicherem Nutzen. Da sich Pat. jedoch durchaus frei von Beschwerden fühlte, so erschien ein operativer Eingriff z. Z. als völlig unnöthig.

In medikamentöser Hinsicht wären vielleicht Versuche mit Jodkali nicht ohne Interesse.

Zum Schlusse komme ich einer angenehmen Pflicht nach, indem ich meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. v. Strümpell für die wohlwollende Unterstützung und Anregung, die er mir bei dieser Arbeit hat zu Theil werden lassen, meinen verbindlichsten Dank ausspreche.